

Получена: 10 марта 2017 / Принята: 25 апреля 2017 / Опубликовано online: 30 июня 2017

УДК 616.12-008.1

ВЛИЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Даулет Х. Даутов¹, <http://orcid.org/0000-0003-0838-6983>

Айнагуль К. Нугурбекова¹, <http://orcid.org/0000-0001-7301-7960>

Аурелия Блажявичене², <http://orcid.org/0000-0003-2130-5615>

¹ Государственный медицинский университет,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Семей, Казахстан;

² Литовский Университет наук в здравоохранении,
Сестринский факультет, Каунас, Литва.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной медико-социальной проблемой во всем мире в связи с ее распространенностью, высокими показателями смертности, заметным снижением качества жизни (КЖ). Ведение больных с ХСН в нашей республике не соответствует международным стандартам, так как отсутствует постоянный мониторинг и поддержка медицинских сестер, имеющих соответствующую клиническую подготовку.

Целью исследования явилось улучшение КЖ больных ХСН на основе оптимизации сестринского ухода.

Материалы и методы исследования: КЖ жизни больных ХСН оценивалось по Миннесотскому опроснику, в котором всесторонне охвачены физические и психологические аспекты состояния больных с ХСН. В контролируемом клиническом исследовании сравнивалась динамика показателей КЖ в двух группах: 150 больных получили подробные рекомендации по модификации образа жизни, характера питания, режима физической активности и постоянно находились под наблюдением медицинской сестры (основная группа) и 148 больных (контрольная группа), наблюдавшихся традиционно в прикрепленных врачебных амбулаториях. Оценка КЖ проводилась в динамике через 1 месяц, в основной группе общий средний балл и средний балл по отдельным параметрам опросника (отечность голеней и стоп, затруднения при подъеме вверх по лестнице, ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты, одышка, депрессия) показали статистически достоверные изменения в сторону улучшения, тогда как в контрольной группе показатели КЖ не изменились.

Выводы: таким образом, КЖ больных ХСН значительно ухудшается как по физическому самоощущению пациентов, так и по социально-психологическим аспектам. При оптимизации ухода за пациентами ХСН со стороны медицинской сестры с разработкой специальных программ наблюдения и постоянной поддержке пациента можно добиться значительного улучшения КЖ больных ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, качество жизни, оптимизация сестринского ухода.

Summary

EFFECT OF NURSING CARE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE**Daulet Kh. Dautov**¹, <http://orcid.org/0000-0003-0838-6983>**Ainagul K. Nugurbekova**¹, <http://orcid.org/0000-0001-7301-7960>**Aurelia Blazhyavichene**², <http://orcid.org/0000-0003-2130-5615>¹ Semey state medical university, Department of propaedeutics of internal diseases, Semey, Kazakhstan² The Lithuanian University of Health Sciences, faculty of nursing, Kaunas, Lithuania.

The article presents results of the original research on the improvement of quality of life of patients with chronic heart failure by means of optimization of nursing care. It is shown that close observation and monitoring for all nursing recommendations significantly improves the quality of life of patients that was assessed by The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Chronic heart failure (CHF) is an actual medical and social problem in the world because of high prevalence, mortality rates and marked declining of quality of life (QL). Management of patients with CHF in our country is not conducted in accordance to international standards because of lack of specialized nursing care and monitoring support.

The aim of the research. The aim of our study is to improve the QL of patients with CHF by means of optimization of nursing care.

Materials and methods of research. QL of patients with CHF were evaluated by The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), which comprehensively covers all physical and psychological aspects of impairments in the patients with CHF. There were two study groups comparing QL: the intervention group of 150 patients received detailed recommendations for life style modification, diet and physical activity, - were under continuous observation of nurses; the comparison (control) group of 148 patients were managed conventionally in the attached district out-patient clinics. Evaluation of QL was performed over one month. The total score and scores on separated parameters (swelling of ankles and legs, difficulties in climbing stairs, restrictions in diet, breathlessness, feeling depressed) were improved statistically significant in the intervention group, whereas these data were unchanged in the comparison (control) group.

Conclusions. Therefore, QL of patients with CHF is deteriorated as physically and social-psychologically. Optimization of nursing care of patients with CHF by means of special programmes of continuous observation and monitoring can markedly enhance QL of patients with CHF.

Keywords: chronic heart failure, quality of life, optimization of nursing care.

**ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ
БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫНА
МЕЙІРБИКЕЛІК КҮТІМ ӘСЕРІ****Даулет Х. Даутов**¹, <http://orcid.org/0000-0003-0838-6983>**Айнагуль К. Нугурбекова**¹, <http://orcid.org/0000-0001-7301-7960>**Аурелия Блажявичене**², <http://orcid.org/0000-0003-2130-5615>¹ Семей мемлекеттік медицина университеті, Ішкі аурулар пропедевтика кафедрасы, Семей қ., Қазақстан;² Литваның денсаулық сақтау саласындағы ғылымдар Университеті, Мейірбикелер факультеті, Каунас, Литва.

Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі (ЖСЖ) кең тарағанына, өлім-жітімнің жоғары деңгейде болуына, өмір сапасының (ӨС) күрт төмендеуіне байланысты қазіргі заманның өте өзекті медициналық әлеуметтік мәселесі болып табылады. Біздің елімізді ЖСЖ бар науқастарды

денсаулық сақтау саласында қарап емдеу шаралары халықаралық деңгейге қарағанда төмен, өйткені арнайы дайындығы бар мейірбикелер жұмысы ұйымдастырылмаған.

Зерттеу мақсаты ЖСЖ бар науқастардың ӨС мейірбикелік күтімді жетілдіру арқасында жақсарту болып табылды.

Зерттеу мәліметтері мен әдістері. ЖСЖ бар науқастардың ӨС Минескот сауалнамасы бойынша зерттелді, бұның ішінде ЖСЖ бар науқастардың жағдайы физикалық және психологиялық тараптардан жан-жақты қарастырылған. Бақылау клиникалық зерттеу барысында ӨС көрсеткіштерінің өзгерістері екі топта салыстырылды: 150 науқас үнемі мейірбике бақылауында болып, өмір салты өзгертілуі, тамақтану, физикалық тұрғыдан белсенді болу жайлы толық нұсқаулар алып отырды (негізгі топ), 148 науқас бекітілген дәрігерлік амбулаторияларда дағдылы түрде қаралып жүрді (бақылау тобы). Арасына бір ай салып, ӨС қайталап зерттегенімізде, негізгі топта жалпы орташа балл және жеке бөлек көрсеткіштер (аяқтардың ісінуі, баспалдақпен жоғары көтерілу қиыншылығы, тамақтану шектелуі және диета ұстану қажеттілігі, енгігу, депрессия) бойынша орташа балл статистикалық маңызды дәрежеде өзгерді, ал бақылау тобында науқастардың ӨС айтарлықтай өзгерген жоқ.

Қорытынды. Сонымен, ЖСЖ бар науқастардың өмір сапасы адамның өзін-өзі сезінуі тұрғысынан да, әлеуметтік психологиялық тұрғыдан да едәуір төмендейді. ЖСЖ бар науқастардың күтіміне ерекше көңіл бөлініп, арнайы білім алған мейірбике тарапынан бұларға үнемі бақылау жүргізіліп, қолдау көрсетілсе, ЖСЖ бар науқастардың өмір сапасы анағұрлым жақсаратын болады.

Негізгі сөздер: жүректің созылмалы жеткіліксіздігі, өмір сапасы, мейірбикелік күтімді жетілдіру.

Библиографическая ссылка:

Даутов Д.Х., Нугурбекова А.К., Блажявичене А. Влияние сестринского ухода на качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью // Наука и Здравоохранение. 2017. №3. С. 74-83.

Dautov D.Kh., Nugurbekova A.K., Blazhyavichene A. Effect of nursing care on the quality of life of patients with chronic heart failure. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2017, 3, pp. 74-83.

Даутов Д.Х., Нугурбекова А.К., Блажявичене А. Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі бар науқастардың өмір сапасына мейірбикелік күтім әсері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2017. №3. Б. 74-83.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на сегодняшний день является одной из актуальнейших медико-социальных проблем кардиологии, клинической медицины и системы здравоохранения во всем мире. Это обусловлено повсеместным и постоянным ростом числа больных с этим патологическим состоянием. Причинами этой неблагоприятной тенденции являются старение населения, большая распространенность артериальной гипертензии, ИБС и других заболеваний, осложняющихся на определенных стадиях развития сердечной недостаточностью. Немаловажное значение в расширении когорты больных ХСН имеют и достижения современной кардиологии, в частности, используемые сейчас интервенционные методы лечения больных острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда, которые наряду с постоянно совершенствующейся на

основе доказательной практики фармакологической терапией позволили значительно снизить показатели смертности больных от острых сердечно-сосудистых заболеваний и, соответственно, пропорционально увеличили процент больных с хроническими формами сердечной патологии. По данным Европейского общества кардиологов в мире ХСН встречается у 1-4% взрослого населения, среди лиц старше 65 лет она достигает 6-10%, риск смерти составляет 5-10% ежегодно у больных с начальной ХСН и увеличивается до 30-40% у пациентов в стадии декомпенсации [19]. В РФ распространенность в популяции ХСН I-IV ФК составила 7% случаев (7,9 млн. человек). Клинически выраженная ХСН (II-IV ФК) имеет место у 4,5% населения (5,1 млн. человек). Распространенность терминальной ХСН (III-IV ФК) достигает 2,1% случаев (2,4 млн. человек) [4]. В Казахстане, согласно

эпидемиологическим данным, ХСН как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, встречается у 4% населения. По данным ВОЗ, показатель смертности населения Казахстана вследствие болезней системы кровообращения почти в два раза выше, чем в Европейских странах. За последние десять лет заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 1,7 раза. Также имеются данные о четырёхкратном увеличении госпитализации по поводу ХСН по сравнению с периодом 20-летней давности [7].

В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению ХСН (2012 г.) сформулированы 6 очевидных задач при лечении ХСН:

А) предотвращение развития симптомной ХСН (для I стадии ХСН);

В) устранение симптомов ХСН (для стадий IIА–III),

С) замедление прогрессирования болезни путем защиты сердца и других органов-мишеней (мозг, почки, сосуды) (для стадий I–III);

Д) улучшение качества жизни (для стадий IIА–III);

Е) уменьшение количества госпитализаций (и расходов) (для стадий I–III);

Ф) улучшение прогноза (для стадий I–III).

В этом же документе указаны шесть путей достижения поставленных целей при лечении:

А) диета,

В) режим физической активности,

С) психологическая реабилитация, организация врачебного контроля, школ для больных ХСН,

Д) медикаментозная терапия,

Е) электрофизиологические методы терапии,

Ф) хирургические, механические методы лечения.

Игнорирование немедикаментозных методов борьбы с ХСН затрудняет достижение конечного успеха и снижает эффективность лечебных (медикаментозных) воздействий [14].

ХСН, как и любое другое хроническое заболевание, требует постоянного

наблюдения и модификации по многим параметрам: изменения образа жизни, постоянного приема подобранных медикаментозных средств, самоконтроля и самопомощи [2]. Понимание больными характера своего заболевания и основных его симптомов, умение их контролировать являются залогом успешного лечения, так как своевременное обнаружение признаков ухудшения состояния, задержки жидкости, неблагоприятного изменения уровня АД и пульса, нарушения ритма сердечной деятельности, их своевременная коррекция во многих случаях могут предотвратить госпитализации и смерть больных. Информирование пациентов о ситуациях, с которыми они могут самостоятельно справиться, и случаях, когда нужно незамедлительно обратиться к врачу, также является необходимым [5].

Одной из причин недостаточной эффективности лечения и реабилитации больных ХСН – то, что существующие рекомендации по лечению в реальной жизни не реализуются из-за низкого комплаенса пациентов предписанному терапевтическому режиму, отсутствие должного выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни [5]. Считают, что обучение пациентов навыкам самоконтроля и самопомощи, скрупулезное применение доказанных методов лечения способно предотвратить значимую часть госпитализаций и смертей больных ХСН [1, 2]. Так, согласно данным систематического обзора 19 рандомизированных контролируемых исследований, включавших 2686 пациентов, в 15 испытаниях установлено значимое положительное влияние обучения больных на течение ХСН [15]. В последнее время особое внимание уделяется организации школ для больных хронической сердечной недостаточностью [3,4,7,9,10,12]. Обучение больного и его ближайших родственников представляет собой чрезвычайно важную проблему.

В ряде исследований отмечается несомненное значение медицинской сестры в ведении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с АГ [20]. Исследование, проведенное F.C. Colósimo и

соавт. (2012), подчеркивает важность деятельности медсестер не только для улучшения контроля артериального давления (АД), но и для смягчения эффекта «гипертонии белого халата» [13]. Важную роль в достижении целевого уровня АД играют домашние визиты медицинских сестер [16]. Большинство аспектов снижения риска АГ не требуют осмотра врача, и АД может быть измерено в домашних условиях. Таким образом, большая часть наблюдения больных с АГ может быть достигнута за пределами медицинских организаций с участием медсестер. В ряде исследований, опубликованных с 2005 по 2013г., целевые значения АД чаще достигались тогда, когда перечень мероприятий включал участие медицинских сестер в наблюдении за больными по телефону [6,8,11,17,18].

Несмотря на достижения современной клинической медицины, современной системы здравоохранения показатели смертности от ХСН остаются высокими даже в развитых странах с хорошо отлаженной системой медицинского обслуживания больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эта проблема актуальна и для системы здравоохранения Казахстана. На наш взгляд, улучшение медицинской помощи больным с ХСН в нашей республике может быть достигнуто за счет передачи этой категории пациентов под наблюдение медицинских сестер с продвинутой клинической подготовкой, имеющих высшее специальное образование. На сегодняшний день больные ХСН не имеют соответствующего наблюдения и ухода, так как врачи общей практики, кардиологи, ведущие этих больных, имеют очень большие нагрузки, что препятствует индивидуальному подходу к каждому пациенту, во-вторых, наши врачи в основном уповают на фармакологическое лечение пациентов, часто игнорируя по разным причинам немедикаментозные составляющие лечения и реабилитации. Как раз эта сфера помощи пациентам находится в компетенции медицинской сестры, и при правильной организации наблюдения и ухода можно добиться значительного улучшения как физического, так и социально-психологического состояния больных ХСН.

Необходимо подчеркнуть, что медсестринские научные исследования в нашей республике находятся в зачаточном состоянии, и каких-либо исследований, касающихся наблюдения за больными ХСН при сестринском вмешательстве, до сегодняшнего дня не проводилось.

Целью нашего исследования явилось улучшение качества жизни больных ХСН на основе оптимизации сестринского ухода и наблюдения.

Методы. Тип исследования определен как контролируемое клиническое исследование без рандомизации и ослепления.

Исследование проведено на 298 пациентах с ХСН II, III, IV ФК (NYHA), получивших стационарное лечение в кардиологических отделениях Больницы Скорой медицинской помощи, в городской больнице №2 г. Семей и наблюдавшихся в последующем амбулаторно в прикрепленных Семейных врачебных амбулаториях в течение 2014-2015 годов. Больные были разделены без рандомизации на 2 сопоставимые по половозрастным, социально-этническим, клиническим показателям группы. Не включались в исследование больные, имевшие тяжелые сопутствующие заболевания, влияющие на качество жизни (такие, как ХОБЛ, бронхиальная астма, хронические цереброваскулярные заболевания, онкозаболевания). Больные ХСН основной группы (группа вмешательства – 150 человек) в течение одного месяца находились под постоянным наблюдением и психологической поддержкой медицинской сестры с высшим образованием, которая консультировала подопечных пациентов по вопросам питания и диеты, водного режима, физической активности и лечебной физкультуры, правильного приема лекарственных препаратов, самооценке состояния и др. Для более точного и полного выполнения немедикаментозного лечения и реабилитации каждому пациенту выдавали разработанные нами Практические рекомендации, в которых подробно и доходчиво изложены вопросы правильного питания с характеристикой лечебной диеты, примерного меню, состава продуктов, вопросы лечебной физкультуры с описанием режима и характера упражнений,

самоконтроля физических нагрузок, вопросы самооценки состояния для своевременного выявления признаков декомпенсации и т.д. Кроме того, каждый пациент имел возможность постоянно обращаться за помощью и консультацией при первой необходимости к своему куратору по мобильной связи или, непосредственно, прибыв в клинику. Контрольную группу составили 148 пациентов, которые традиционно получали при выписке из стационара рекомендации по лекарственной терапии, лечились самостоятельно, без внешнего контроля и обращались к медицинским работникам при очередном ухудшении состояния. Качество жизни пациентов оценивалось по Миннесотскому опроснику качества жизни при ХСН, причем опрос проводился дважды с интервалом в один месяц. В Миннесотском опроснике качество жизни оценивается по 21 показателю (отежность голеней и стоп, нарушения сна, ощущение одышки, ограничения при работе по дому, невозможность совершать путешествия, депрессия и т.д.), причем самооценка проводится по 5-ти балльной шкале, в которой 0 баллов – отсутствие ограничений или симптомов, 5 баллов – наиболее выраженные симптомы и ограничения. Суммарное количество баллов 105 соответствует наихудшему качеству жизни.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась в программе SPSS, результаты в группах сравнивались по критерию Стьюдента для независимых выборок.

Результаты

Основную группу составили пациенты в возрасте от 34 до 86 лет (средний возраст - 55,5 лет), в том числе 86 мужчин и 64 женщин, контрольную – от 38 до 84 лет (средний

возраст - 58,5 лет), в том числе 87 мужчин и 61 женщина. Причинами ХСН в основной группе были ИБС у 124 пациентов, АГ у 24 пациентов, ревматический порок сердца у 1 пациента и идиопатическая дилатационная кардиомиопатия у 1 пациента, в контрольной группе - ИБС у 119 пациента, АГ у 27 пациента и ревматические пороки у 2 пациентов. По степени тяжести ХСН (классификация NYHA) больные распределились следующим образом: в основной группе 104 больных – II ФК, 36 больных - III ФК, 10 больных – IV ФК, в контрольной группе 108 - II ФК, 32 - III ФК, 8 - IV ФК. Самооценка больных ХСН по Миннесотскому опроснику показала значительное снижение качества жизни пациентов в обеих группах. Если по сумме баллов этого опросника 0 баллов означает, что человек не имеет никаких проблем и ограничений (наилучшее качество жизни), а 105 баллов – это наихудшее качество жизни, в основной группе средний балл по опроснику составил – 73,7, а в сравниваемой группе – 73,1. В таблице №1 (Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику) отражены показатели по 5 вопросам: отежность голеней, затруднения при подъеме вверх по лестнице, ограничения в питании и необходимость соблюдения диеты, ощущение нехватки воздуха, депрессия. По каждому вопросу больной оценивал свое состояние по 5-балльной шкале, где 0 баллов – нет проблем и ограничений, 5 баллов – максимальные ограничения и проблемы. Как видно из таблицы, по всем 5 пунктам выявлено сопоставимое в сравниваемых группах снижение качества жизни, то есть заметные ограничения и выраженные симптомы болезни.

Таблица 1.

Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику.

№		Основная группа (n -150)	Контрольная группа (n -148)
1	Общий средний балл	73,7	73,1
2	Отечность стоп	4,10	4,32
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,38	4,0
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,82	3,52
5	Ощущения нехватки воздуха	4,06	4,2
6	Депрессия	3,64	3,92

Анализ качества жизни при повторном опросе больных с интервалом в один месяц показал статистически значимую разницу в группах сравнения. У пациентов, которые находились в группе постоянного медсестринского наблюдения и ухода, общий средний балл, характеризующий качество жизни, снизился с 73,6 до 58,4 ($p < 0.001$), отечность голеней и стоп с 4,1 балла до 2,15 балла, затруднения при подъеме вверх по лестнице с 4,3 до 2,4 баллов, ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты с

3,8 до 2,08 баллов, одышка с 4,06 до 2,2 баллов, депрессия с 3,6 до 2,0 баллов. По всем этим показателям выявлены статистически значимые изменения по критерию Стьюдента ($p < 0.001$). В контрольной группе существенное изменение выявлено лишь по одному параметру, а именно по отечности стоп – с 4,32 до 4,0 баллов, тогда как по другим сравниваемым показателям и по общему среднему баллу состояние больных осталось без заметного улучшения (Таблица №2.)

Таблица 2.

Динамика качества жизни больных ХСН по данным Миннесотского опросника.

№		Основная группа		Контрольная группа	
		Исходный показатель (n -150)	Показатель через 1 месяц (n -140)	Исходный показатель (n -148)	Показатель через 1 месяц (n -135)
1	Общий средний балл	73,6	58,4*	73,1	72,3
2	Отечность голеней	4,1	2,15*	4,32	4,0*
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,3	2,4*	4,0	3,78
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,8	2,08*	3,52	3,21
5	Ощущение нехватки воздуха	4,06	2,2*	4,2	3,93
6	Депрессия	3,6	2,0*	3,92	3,6

*-статистически значимая разница показателя ($p < 0.001$)

Обсуждение. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что состояние больных с ХСН можно контролировать и достигать улучшения качества жизни при постоянном наблюдении и поддержке со стороны обученной медицинской сестры. Как известно, проблемы больных ХСН часто обусловлены низкой приверженностью к лечению, которая регистрируется у 18,3% больных и достигает 50,9% у лиц пожилого возраста [4,15]. В ухудшении прогноза больных ХСН имеет значение ряд модифицируемых факторов риска, на которые возможно влиять в плане контроля за заболеванием и достижения стабильного состояния пациента. Достижение этих целей возможно, если больной сам активно участвует в лечебном процессе. Для мотивированного участия в программах лечения и реабилитации пациент должен иметь определенные знания о своем заболевании, что достигается методами его обучения. Необходимость обучения пациента

и дальнейшее наблюдение за ним с целью осознанного поддержания больным принципов лечения и реабилитации, в том числе немедикаментозных методов лечения обусловлена еще и тем, что больные с хроническими заболеваниями, в том числе ХСН, при улучшении состояния часто прерывают лечение и не следуют рекомендациям врача. Ряд исследований [1, 5] показывают, что большая информированность пациентов о своем заболевании, обучение навыкам самоконтроля и самопомощи, повышение их приверженности к лечению существенно улучшает течение и прогноз ХСН. Так, по данным систематического обзора 35 исследований, в которые было включено 7413 больных с ХСН [7], обучение пациентов способствовало улучшению навыков самоконтроля, знаний о заболевании, повышению приверженности к лечению и уменьшению длительности госпитализации. В связи с тем что обучающие методики, используемые материалы, длительность и

результаты проведенных исследований различаются, выделить наиболее эффективный метод обучения пациентов с ХСН достаточно сложно. Результаты нашего исследования в целом подтверждают эффективность постоянного мониторингования состояния больных ХСН с целью непрерывного осознанного выполнения пациентами всех рекомендаций медицинского работника. Особенности нашей работы является то, что в нашей республике на сегодняшний день нет научных исследований, посвященных определению роли и места медицинской сестры с высшим образованием в осуществлении наблюдения и ухода за больными с хроническими заболеваниями, в том числе с ХСН. Учитывая, что в Республике Казахстан принят Комплексный План развития сестринского дела до 2020 года, можно предполагать, что научные исследования в сестринском деле получают свое развитие в будущем. Недостатками нашего исследования являются отсутствие рандомизации и ослепления при распределении пациентов в группы сравнения. Это было обусловлено тем, что работа проводилась в инициативном порядке, без специального финансирования, и, соответственно, группа исследователей была малочисленной, а ее возможности ограничены. Для получения более достоверных результатов мы предполагаем в будущем продолжить нашу работу с изменением дизайна исследования.

Выводы. По результатам нашей работы можно сделать следующие выводы.

1. Качество жизни больных ХСН значительно ухудшается как по физическому самоощущению пациентов, так и по социально-психологическим аспектам.

2. При оптимизации ухода за пациентами ХСН со стороны медицинской сестры с разработкой специальных программ наблюдения и постоянной поддержке пациента можно добиться значительного улучшения качества жизни больных ХСН.

Таким образом, для достижения эффективной реабилитации и улучшения качества жизни больных ХСН, реадaptации их в семье, в социуме важным звеном в ведении этих пациентов является сестринское наблюдение. Возможно, для этой категории

хронических больных с установленным диагнозом, стандартными протоколами лечения сестринский уход и наблюдение имеют даже более важное значение, чем курация врача. Особенно это актуально для Республики Казахстан, где менталитет коренного населения отличается низким комплаенсом, устоявшимся традиционным характером питания и особенностями образа жизни, не предполагающего активного занятия физической культурой. Все это предопределяет игнорирование немедикаментозной составляющей лечения и реабилитации и, соответственно, низкую эффективность программ наблюдения и лечения больных ХСН. Необходимо активное обучение пациентов, постоянный контроль и наблюдение, психологическая поддержка со стороны медработников. Именно медицинская сестра может эффективно осуществлять этот вид деятельности, что в конечном итоге может улучшить качество жизни пациентов с ХСН, их приверженность к лечению, к солидарной ответственности за свое здоровье. Учитывая принятый правительством республики План Комплексного развития медсестринского дела в нашей стране до 2020 года, который предусматривает реорганизацию медсестринской службы на основе подготовки в университетах и медицинских колледжах медицинских сестер новой формации с продвинутыми клиническими навыками, можно предполагать, что хорошо обученные специалисты среднего звена в системе здравоохранения нашей республики внесут достойный вклад в улучшение здоровья населения Казахстана.

Литература:

1. Агеев Ф. Т., Даниелян М. О., Мареев В. Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения: исследование ЭПОХА-О-ХСН // Сердечная недостаточность. 2004. Т. 5, № 1. С. 4–7.

2. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.

3. Мареев В.Ю. Первые результаты эпидемиологического исследования по ХСН //

Сердечная недостаточность. 2003. Т.4, № 1. С.17-18.

4. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на Правлении ОССН 31 марта 2013 года и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 года. ISSN 1728-4651 // Сердечная недостаточность. 2013. Т. 14, №7 (81). С. 380.

5. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в начале XXI века: медицинские, социальные, демографические аспекты и пути профилактики. В кн. «Федеральный справочник. Здравоохранение России». Т. 13. С. 257-264.

6. Пилипенко С.А., Морозова И.А. Роль медицинской сестры-руководителя в организации школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией // Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников, 14-16 декабря 2008 г., Санкт-Петербург. СПб., 2008. С.233.

7. Пинэко-Скворцова И.И. Характеристика больных с хронической сердечной недостаточностью на госпитальном этапе // Наука и здравоохранение. 2012. №2. С.18-22.

8. Реабилитация кардиологических больных / Под ред. К.В. Лядова, В.Н. Преображенского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 288 с.

9. Ситникова М.Ю., Нестерова И.В., Иванов С.Г. и др. Роль специализированной клиники хронической сердечной недостаточности в реализации рекомендаций по лечению больных с ХСН // Журнал сердечная недостаточность. 2005. Т.6, № 3. С.105-109.

10. Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III-IV ФК: клинические и инструментальные доказательства // Журнал сердечная недостаточность. 2004. Т. 5, № 5. С.240-243.

11. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society

of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. – 2013. Vol. 31. №7. P.1281-1357.

12. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: in report of the American College Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart failure) // J. Am. Coll. Cardiol. 2005. Vol. 46. e1-e82.

13. Colysimo F.C., da Silva S.S., Toma Gde A., et al. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect // Rev Esc Enferm USP. 2012 Vol. 46. P.10- 15.

14. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // European Journal of Heart Failure, Volume 14, issue 8, pages 803-869, August 2012.

15. Freedland K.E., Carney R.M., Rich M.W. Effect of depression on prognosis in heart failure / K.E. Freedland, R.M. Carney, M.W. Rich // Heart Fail Clin. 2011. Vol.7. №1. P.11-21.

16. Garcia-Pecaa C., Thorogoodb M., Armstrongc B., et al. Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico // Int. J. Epidemiol. 2001.

17. Guedes N.G., Moreira R.P., Cavalcante T.F., et al. Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients // Acta Paul Enferm. 2012. Vol. 25. №1. P.151-156.

18. Laurant M.G., Hermens R.P., Braspenning J.C., et al. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners // J Clin Nurs. 2008. Vol. 17. №20. P.2690-2698.

19. Mosterd A., Hoes A.W. Clinical epidemiology of heart failure // Heart. 2007. №93. pp. 1137-1146.

20. Nursing Management of Hypertension. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). – 2005. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension>.

References:

1. Ageev F. T., Danielyan M. O., Mareev V. Yu., Etc. Patients with chronic heart failure in Russian ambulatory practice: features of the contingent, diagnosis and treatment: the study of

- EPOCHА-O-CHF // Heart failure. 2004. T. 5, No. 1. P. 4-7.
2. Malaya LT, Gorb Yu.G. Chronic heart failure. - M.: Eksmo, 2004. - 960 p.
3. Mareev V.Yu. The first results of an epidemiological study on CHF. Heart failure. 2003. T.4, No. 1. P.17-18.
4. National recommendations of OSSN, RCU and RNMOT for diagnosis and treatment of CHF (fourth revision) Approved at the OCN Congress on December 7, 2012, on the Board of OSSN on March 31, 2013 and the Congress of the ICC on September 25, 2013. ISSN 1728-4651 // Heart failure. 2013. T. 14, No. 7 (81). C. 380.
5. Oganov R.G. Serdechno-sosudistye zabolevaniya v nachale XXI veka: meditsinskie, sotsial'nye, demograficheskie aspekty i puti profilaktiki. V kn. «Federal'nyi spravochnik. Zdravookhranenie Rossii». T. 13. pp. 257–264.
6. Pilipenko SA, Morozova I.A. The role of the nurse-leader in the organization of a school of health for patients with hypertension // Proceedings of the III All-Russian Congress of Medium Medical Workers, December 14-16, 2008, St. Petersburg. St. Petersburg, 2008. P.233.
7. Pinco-Skvortsova I.I. Characteristics of patients with chronic heart failure at the hospital stage // Science and Health. 2012. № 2. P.18-22.
8. Rehabilitation of cardiac patients / Ed. K.V. Lyadova, V.N. Preobrazhensky. - Moscow: GEOTAR-Media, 2005. - 288 p.
9. Sitnikova M.Yu., Nesterova IV, Ivanov S.G., Etc. The role of a specialized clinic for chronic heart failure in the implementation of recommendations for the treatment of patients with CHF // Journal of heart failure. 2005. T.6, No. 3. P.105-109.
10. Yakushin SS, Nikulina NN, Zaitseva NV Efficiency of therapeutic training and outpatient observation of patients with CHF III-IV FK: clinical and instrumental evidence // Journal of heart failure. 2004. T. 5, No. 5. P.240-243.
11. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Journal of Hypertension*. – 2013, Vol. 31. 7, pp.1281-1357.
12. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: in report of the American College Cardiology|American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart failure). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005, Vol. 46. Pp.1-82.
13. Colusimo F.C., da Silva S.S., Toma Gde A., et al. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect. *Rev Esc Enferm USP.* 2012, Vol. 46. pp.10- 15.
14. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, Volume 14, issue 8, pages 803-869, August 2012.
15. Freedland K.E., Carney R.M., Rich M.W. Effect of depression on prognosis in heart failure / K.E. Freedland, R.M. Carney, M.W. Rich. *Heart Fail Clin.* 2011, Vol.7., 1, pp.11-21.
16. Garcia-Pesaa C., Thorogoodb M., Armstrongc B., et al. Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *Int. J. Epidemiol.* 2001.
17. Guedes N.G., Moreira R.P., Cavalcante T.F., et al. Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paul Enferm.* 2012, Vol. 25. 1, P.151-156.
18. Laurant M.G., Hermens R.P., Braspenning J.C., et al. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *J Clin Nurs.* – 2008, Vol. 17. 20, P.2690-2698.
19. Mosterd A., Hoes A.W. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart.* 2007. №93. pp. 1137–1146.
20. Nursing Management of Hypertension. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).–2005.<http://mao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension>.

Контактная информация:

Даутов Даулет Хапасович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: Казахстан, 071400, г.Семей, Проспект Шакарима 86/22.

E-mail: daudauda@gmail.com

Телефон: 87024635190